



**ORIGINAL**  
**DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO**

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2157 /  
LA SERENA, 07 MAYO 2025

SAG / MOC / CCM / CLG / ctz

N° Int.: 49

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, las Resoluciones N° 30/2015, y N°36 /2024, ambas de la Contraloría General de la República; la Ley 21.722, que aprueba el Presupuesto del sector Público para el año 2025; el Decreto Afecto N°16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**
2. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 11 de abril del 2025, el Servicio de Salud Coquimbo y el Hospital de Los Vilos suscribieron un protocolo relativo al Programa de Resolutividad en APS.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.-**APRUÉBESE** el protocolo de fecha 11.04.2025 suscrito entre el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representada por su Director (S) **D. GONZALO PONCE FIGUEROA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en APS.

**PROTOCOLO DE ACUERDO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS" 2025  
HOSPITAL DE LOS VILOS**

En La Serena a.....11.04.2025..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 4 de Septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director (S) **GONZALO PONCE FIGUEROA**, ambos domiciliados en Arauco N° 400, Los Vilos, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud el que el Establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**SEGUNDA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria:**

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.
- d. **N° 4:** Implementar estrategias de prevención secundaria de cáncer gástrico y colorrectal que permitan optimizar la gestión de demanda de procedimientos endoscópicos en usuarios con sintomatología digestiva.



Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**4) Componente 4: Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico (CG) y Colorrectal (CCR)**

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$45.683.900 (cuarenta y cinco millones seiscientos ochenta y tres mil novecientos pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos N°s 1 y 2 señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
	<b>COMPONENTE 1.1</b>	Adquisición de lentes, consulta de oftalmólogo, colirios (tobramicina c/s dexametasona, olopatadina, lágrimas artificiales), insumos, entre otros.		12.471.750
	<b>COMPONENTE 1.2</b>	Canastas gastroenterología	100	14.990.000
	<b>COMPONENTE 1.3</b>	Canastas otorrinolaringología	75	12.331.650
	<b>COMPONENTE 1.4</b>	Consultas Tele dermatología	150	1.795.500 (Compra a CENABAST)
		Canastas Tele dermatología (Anexo N° 1)	90	
<b>TOTAL COMPONENTE N° 1:</b>				<b>\$41.588.700</b>
<b>2</b>	<b>COMPONENTE 2.1</b>	Procedimientos cutáneos (Anexo N°2)	130	4.095.000
<b>TOTAL COMPONENTE N° 2:</b>				<b>\$4.095.000</b>
<b>TOTAL COMPONENTES:</b>				<b>\$45.683.900</b>

**CUARTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio al Hospital, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este protocolo de acuerdo.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

**QUINTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE (Anexo N°3). Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.



Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que no cumple con las metas de priorización según fecha de ingreso a LE o si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

Los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y Los hospitales mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

#### Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el establecimiento:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	<b>Numerador:</b> N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	35%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		<b>Denominador:</b> N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	<b>Numerador:</b> N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	15%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		<b>Denominador:</b> N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	<b>Numerador:</b> N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	15%	REM A29	
<b>Denominador:</b> N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL			
1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	<b>Numerador:</b> N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	0%	REM A29		
	<b>Denominador:</b> N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL		
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	<b>Numerador:</b> N° informes de consultas realizadas e informadas de teledermatología.	10%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS	



		<b>Denominador:</b> N° de informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.6 cumplimiento actividad de reforzamiento estrategias Gestión demanda	<b>Numerador:</b> N° de actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre	0%	Informe local al primer corte.	
		<b>Denominador:</b> N° de actividades programadas en la red, temática Gestión Demanda primer semestre			
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	<b>Numerador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		<b>Denominador:</b> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	<b>Numerador:</b> N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud.	0%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		<b>Denominador:</b> N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	<b>Numerador:</b> N° de pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori realizadas. .	0%	Plataforma Registro	
		<b>Denominador:</b> N° pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	<b>Numerador:</b> N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas.	0%	Plataforma Registro	
		<b>Denominador:</b> N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N°3.

**SEXTA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de Marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de Fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**SÉPTIMA:** El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**OCTAVA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**NOVENA:** Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.



Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a la contraparte, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del protocolo de acuerdo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

**Firmas Ilegibles.**

\_\_\_\_\_  
**GONZALO PONCE FIGUEROA**  
DIRECTOR (S)  
HOSPITAL DE LOS VILOS

\_\_\_\_\_  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**2° IMPÚTESE,** el gasto que irroque el presente Protocolo Subt. N°22, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2025.



  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo

\_\_\_\_\_  
Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Gestion de la Demanda  
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Teléfono : (51) 2333756-513756 (Red Salud)





**PROTOCOLO DE ACUERDO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS" 2025  
HOSPITAL DE LOS VILOS**

**11 ABR 2025**

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 4 de Septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director (S) **GONZALO PONCE FIGUEROA**, ambos domiciliados en Arauco N° 400, Los Vilos, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud el que el Establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167 de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**SEGUNDA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria:**

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.
- d. **N° 4:** Implementar estrategias de prevención secundaria de cáncer gástrico y colorrectal que permitan optimizar la gestión de demanda de procedimientos endoscópicos en usuarios con sintomatología digestiva.

Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología



- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**4) Componente 4: Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico (CG) y Colorrectal (CCR)**

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$45.683.900 (cuarenta y cinco millones seiscientos ochenta y tres mil novecientos pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos N°s 1 y 2 señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
	<b>COMPONENTE 1.1</b>	Adquisición de lentes, consulta de oftalmólogo, colirios (tobramicina c/s dexametasona, olopatadina, lágrimas artificiales), insumos, entre otros.		12.471.750
	<b>COMPONENTE 1.2</b>	Canastas gastroenterología	100	14.990.000
	<b>COMPONENTE 1.3</b>	Canastas otorrinolaringología	75	12.331.650
	<b>COMPONENTE 1.4</b>	Consultas Tele dermatología	150	1.795.500 (Compra a CENABAST)
		Canastas Tele dermatología (Anexo N° 1)	90	
<b>TOTAL COMPONENTE N° 1:</b>				<b>\$41.588.700</b>
<b>2</b>	<b>COMPONENTE 2.1</b>	Procedimientos cutáneos (Anexo N°2)	130	4.095.000
<b>TOTAL COMPONENTE N° 2:</b>				<b>\$4.095.000</b>
<b>TOTAL COMPONENTES:</b>				<b>\$45.683.900</b>

**CUARTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio al Hospital, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este protocolo de acuerdo.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios



legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

**QUINTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE (Anexo N°3). Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que no cumple con las metas de priorización según fecha de ingreso a LE o si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:



PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

Los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y Los hospitales mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

#### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el establecimiento:



Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	35%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	15%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	15%	REM A29	
		Denominador: N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	0%	REM A29		
	Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL		
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de teledermatología.	10%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS	
	Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1	
1.6 cumplimiento actividad de reforzamiento estrategias Gestión demanda	Numerador: N° de actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre	0%	Informe local al primer corte.		
	Denominador: N° de actividades programadas en la red, temática Gestión Demanda primer semestre				
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	Numerador: N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud.	0%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori realizadas.	0%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H.		Programación acordada entre	



		Pylori programadas.		SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	Numerador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas.	0%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N°3.

**SEXTA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de Marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de Fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**SÉPTIMA:** El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**OCTAVA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el



caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**NOVENA:** Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a la contraparte, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.



La prórroga del protocolo de acuerdo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

*En la ciudad de*

  
**GONZALO PONCE FIGUEROA**  
**DIRECTOR (S)**  
**HOSPITAL DE LOS VILOS**

  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**





  
SAC / MOC / CCH / MFG



### ANEXO N° 1: Canasta Teledermatología

Diagnósticos	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACEUTICA
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Vaselina salicilada	5%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzollo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel tópico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
ONICOMICOSIS	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
	Fluconazol	150 mg	Comprimido
MICOSIS PIEL LAMPIÑA Y RESTO DEL CUERPO	Terbinafina	250 mg	Comprimido
	ketoconazol	2%	Shampoo
	Ciclopiroxolamina	1%	Crema
	Terbinafina	1%	Crema
ROSACEA	Terbinafina	250 mg	Comprimido
	Metronidazol	0,75%	Crema y/o gel
	Ivermectina 1%	1%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
DERMATITIS AGUDAS, CRONICAS Y SEBORREICAS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Loción
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketoconazol	2%	Champú
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento	
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCARBIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTÍNICAS, DAÑO SOLAR CRÓNICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS, XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 5%	Crema
	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante líquida	variable	Loción
A DEFINIR DENTRO DE LAS ANTERIORES	Recetario magistral	variable	Formulación a definir. Para el tratamiento de patologías del listado, cuando no es posible adquirir fármaco listado, la formulación tiene mejor resultado y/o es menos costoso.



**ANEXO N° 2: TIPOS DE PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD**

16-02-201	Biopsia de piel y/o mucosa por curetaje o sección tangencial c/s electro por 1 lesión
16-02-203	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones
16-02-205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
16-02-206	Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje, y/o fulguración hasta 15 lesiones
16-02-222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. de largo total que comprometa solo la piel)
16-02-223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
16-02-224	Resto del cuerpo( que no sea cabeza, cuello, genitales) menores a 5 cm de diámetro: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
16-02-225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos
16-02-231	Onicectomía total o parcial simple
16-02-232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio



**ANEXO N° 3: Universo de usuarios a atender****3.1. OFTALMOLOGÍA**

<b>SIGTE ID</b>					
21492546	27812839	37463097	36803913	36151936	33663345
24902402	27812419	37463191	36803555	36151896	33663091
24902534	27620272	37462829	36803488	36151697	33662999
24902520	27620103	37472863	36818054	36158625	33663408
24401247	27620187	37463046	36803895	36151787	33663033
24401101	27414079	37462959	36803874	35750147	33552135
24298350	26714559	37462956	36803744	35750034	33551663
31788128	26714561	37463433	36818078	35750170	33577950
31525154	26714658	37463399	36803597	35754893	33357208
31524206	37814960	37473018	36803647	35749751	33356986
31473420	37815201	37463268	36803700	35749795	33353146
31232546	37814890	37463365	36817940	35750107	33357251
30656321	37815155	37463256	36818097	35750071	33353306
30656341	37814978	37463352	36376820	35749876	33357163
30655360	37815163	37463397	36376997	35749960	33043890
30656360	37815168	37463264	36376821	35749910	33043785
30656401	37814980	37110317	36378277	35749851	33007365
30656277	37815264	37463364	36376947	35750041	33007451
30656267	37472853	37463377	36378199	35442690	33007432
30233545	37815276	37463258	36378211	35417710	33068083
30233503	37814946	37110464	36376904	35417631	33007433
30208092	37815053	37110340	36151537	35466032	33043941
30023047	37819189	37110414	36151559	35230737	32578194
29682991	37819280	37110339	36151604	35230486	33352907
29686020	37472912	37110442	36151908	35230454	32439704
29701776	37472887	37110609	36151516	35230465	32447612
29379580	37473229	37110598	36151580	35225579	32447443
29379668	37819166	37110304	36158674	35225644	32168303
29326549	37819360	37110377	36151948	34879251	32168212
29326551	37819304	37110386	36158688	34633571	32168336
29326557	37472902	37110529	36151788	34633444	32190900
29326401	37473089	36803638	36151631	34323672	32190822
29013894	37819223	37110311	36151514	34273441	32191004
29013912	37462895	36803746	36158573	34273350	
29013988	37462989	36803726	36151861	34273258	
28431363	37463460	36803646	36158654	34055349	
28240138	37463107	37110295	36158530	34055846	



### 3.2. OTORRINOLARINGOLOGÍA

SIGTE ID

31787186

31524198

37815310

37815042

37815136

37819295

37819357

37819157

37819121

37462953

37818081

36586933

21492546

36397640

35516183

35516329

32620894



3.3. EDA

SIGEPID			
22951225	23448918	30669366	15509131
26689770	25241976	30669302	15713496
15075347	23022339	30668986	16948588
15713310	19186350	13389157	16602347
24284907	20134560	13388952	15714193
23311843	22217504	30668955	15714208
13384573	25467825	13388864	15713774
24892133	16905172	30668860	15509060
14432620	23551642	13388905	15713823
24573495	17158623	30669154	15713188
24889010	23067108	30668557	15508681
25535603	26473208	13389199	15714273
14999019	26473307	16245205	15425070
19503836	20509844	17385350	15714276
20021707	15027209	16948345	15425430
19186228	17385514	15713863	16948900
24889081	20021192	15713987	15509159
25241897	32762140	15714235	16948463
15074828	13472536	15508788	15714363
19186615	32761468	15508661	16948251
25913712	13389483	16948480	16948178
26405957	32761967	15425173	17956701
26406038	30669272	15508648	17784184
20751468	13389225	15508802	
23390371	13389103	15425573	
25105661	32762307	15425211	
15075270	13389004	16948736	
15074984	30668774	16948211	
17168979	13389549	15713555	
16904953	13389599	15508573	
24080008	32761893	15713844	
19186061	13389807	16948274	
24238328	13472485	16948822	
26689774	16245214	16948397	
24238196	24892038	15713872	
25987735	32761697	15713913	
17169445	30669764	16948728	



### 3.4. Procedimientos quirúrgicos cutáneos

SIGTE ID			
30587363	32513691	35540990	37486593
30587542	32513746	35541066	37486543
30586277	32751062	35541030	37486595
30587116	32513625	35541112	37486547
31421423	32595333	35541167	37486488
31603536	33070832	35541075	37486559
31603434	32751029	35541001	37486509
31603571	32750943	35442462	37486692
31603561	32751061	35442495	37486605
31603574	33070823	35850252	37486609
31603486	33071038	35850412	
31603393	33070792	36168246	
31603580	33071057	36168319	
31603503	33070969	36600288	
31603539	33171391	36168304	
31779205	33071076	36373108	
31779234	33458400	36168152	
31983382	33783771	36372946	
31983121	33783798	36372932	
31983207	33784353	36373085	
36948328	33783729	36373075	
31983053	33783822	36600231	
31983206	36006075	36600008	
31983204	34021354	36600113	
31983154	34021432	36600374	
31983391	34190203	36797434	
31983620	34189906	36888703	
32152601	34190276	36888642	
32152897	34272685	37486602	
32152867	34272609	37486592	
32276903	34523717	37486494	
32276929	34523626	37486528	
32277005	34621956	37486530	
32276904	34622059	37486632	
32469029	35541118	37486534	
32513604	35541177	37486461	
32468980	35540964	37486626	

